



## Les examens biologiques de suivi du diabète

Dr Marc Legrelle-Endocrinologue.

Date :

15/03/2026

### Contexte

Avant toute prescription d'un examen paraclinique, notamment biologique, il est utile de se poser la question :

⇒ « **en quoi son résultat modifiera la prise en charge ?** ».

Si, la prise en charge du patient reste identique quel que soit le résultat de l'examen, alors cet examen est inutile.

Prescrire largement des "bilans standards" expose à découvrir des anomalies biologiques sans signification, et à transformer des biens portants en malades qui s'ignorent.

### Les examens biologiques utiles au moment du diagnostic de diabète

- Le diagnostic du diabète repose sur une **glycémie à jeun**  $\geq 1,26$  g/l ou une **HbA1c**  $\geq 6,5$  %. En l'absence de symptômes d'hyperglycémie, le diagnostic est à confirmer sur un second prélèvement.
- Distinguer un diabète de type 1 d'un diabète de type 2 nécessite rarement des examens biologiques. Mais il est parfois nécessaire, en cas de diabète de type 2 atypique, d'écarter une hémochromatose, par une mesure du **coefficient de saturation de la transferrine** (qui est alors  $> 45$  %) ou un "diabète de type 1 lent" (alias LADA), par la recherche d'**anticorps anti-insuline, anti-GAD65, anti-IA2, anti-îlots de Langherans**.
- La recherche d'une hypo ou d'une hyperthyroïdie par le dosage de la **TSH** est utile en cas de signe clinique évocateur.
- Le bilan initial du diabète comporte une évaluation du risque cardiovasculaire du patient. Celle-ci repose notamment sur "l'exploration d'une anomalie lipidique"(EAL), c'est à dire le dosage du **Cholestérol total, du HDL, des triglycérides, et le calcul du LDL**. Mais, en cas de diabète initialement très déséquilibré, il est préférable d'attendre trois mois pour faire cet examen, car il peut être faussé par l'hyperglycémie.
- Le bilan initial du diabète comporte aussi une recherche de complications ou de pathologies associées :
  - Maladie rénale par le dosage de la **créatininémie** et du **rapport albuminurie/créatininurie (RAC)** sur échantillon urinaire. Si l'hyperglycémie est majeure, le RAC peut être élevé en l'absence d'atteinte rénale : dans ce cas, il ne faut pas hésiter à le reconstrôler quelques mois plus tard.
  - Atteinte hépatique (**ASAT, ALAT, GammaGT, phosphatases alcalines, TP**).
  - **NFS**, notamment pour rechercher une microcytose (VGM  $< 80$  fl) ou une macrocytose (VGM  $> 100$  fl) qui peuvent être le signe d'une affection qui risque de fausser le dosage d'HbA1c.



## Les examens biologiques pour le suivi de l'équilibre glycémique et l'adaptation du traitement hypoglycémiant

- Le dosage de la **glycémie** a peu d'intérêt pour estimer l'équilibre glycémique des patients : la glycémie est variable d'un jour à l'autre, notamment chez les diabétiques de type 1, et la glycémie à jeun est peu représentative de l'équilibre glycémique global, l'hyperglycémie portant parfois surtout sur les glycémies postprandiales.
- L'**HbA1c** est l'examen de base pour la surveillance de l'équilibre glycémique. Mais elle est peut-être faussée :
  - à la hausse en cas de carence en fer, B12, B9 (à évoquer si micro ou macrocytose à la NFS) ;
  - à la baisse en cas d'insuffisance rénale sévère, de saignées, de persistance de l'hémoglobine fœtale, de grossesse
  - à la hausse ou à la baisse en cas de drépanocytose ou thalassémie hétérozygote (diagnostic par l'électrophorèse de l'hémoglobine).
- Le dosage des **fructosamines** est une alternative pour évaluer l'équilibre glycémique (des 2-3 dernières semaines), parfois utile chez les patients atteints de drépanocytose ou thalassémie hétérozygote.

### EN PRATIQUE – Points de vigilance – Messages clefs

#### Le "bilan annuel" du diabète

Le bilan biologique annuel du diabète vise surtout à rechercher les complications rénales du diabète ou une atteinte hépatique associée (liée au traitement ou dans le cadre d'une stéato-hépatite métabolique, pouvant évoluer vers la fibrose hépatique).

- Le bilan rénal comporte un dosage de la **créatininémie** et une mesure du rapport **albuminurie/créatininurie (RAC)**.

Le dosage de la créatininémie et le calcul du débit de filtration glomérulaire (DFG) sont à faire au moins une fois par an quand le DFG est  $> 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, et plus souvent quand le DFG est plus bas ou en présence d'un RAC  $> 300$  mg/g.

La détermination du rapport **albuminurie/créatininurie (RAC)** se fait sur un échantillon des urines, de préférence du réveil. Il y a de multiples causes d'élévation transitoire du RAC, sans atteinte rénale : menstruations, activité physique intense, fièvre, diabète très déséquilibré, poussée d'insuffisance cardiaque, etc. Il vaut donc mieux vérifier tout résultat modérément élevé (30 à 100 mg/g) sur un second prélèvement.

- Le bilan hépatique annuel comprend au minimum un dosage des **plaquettes** et des transaminases **ASAT, ALAT**, qui permet de calculer le **score Fib-4**, utile pour dépister une éventuelle fibrose hépatique due à une stéatohépatite d'origine métabolique (MASH). Certains préconisent d'y ajouter un dosage des **GammaGT, phosphatases alcalines** et du **temps de prothrombine (TP)**.



La pratique d'un bilan lipidique (**Cholestérol total, HDL, triglycérides, et calcul du LDL**) annuel n'est pas recommandé par tous. Elle est bien sur utile si le LDL n'est pas à l'objectif visé ou 3 mois après une modification de traitement. Mais quand le LDL est (spontanément ou sous traitement) à l'objectif visé, il n'est probablement pas utile de le contrôler une fois par an. Si on a un doute sur l'observance du traitement hypolipémiant, un dosage du cholestérol total est suffisant.

## La recherche systématique d'effets indésirables des traitements

Certains médicaments justifient une surveillance particulière.

- Un traitement par *metformine*, particulièrement s'il dure depuis plus de 5 ans ou est associé à un traitement par inhibiteur de la pompe à proton, justifie un dosage annuel de la **vitamine B12** pour dépister une carence, qui peut être cause d'anémie ou de neuropathie périphérique.
- L'introduction d'un traitement par diurétique, IEC ou sartan justifie de contrôler le **ionogramme sanguin** et la **créatininémie** à J7, 1 mois, et 3 mois, puis une fois par an.
- L'introduction d'un traitement par gliflozine ou anti-inflammatoire non stéroïdien justifie de contrôler la **créatininémie** à J7, 1 mois, et 3 mois.
- La surveillance d'un traitement par statine justifie un dosage des **transaminases ASAT et ALAT** à 3 mois puis une fois par an.

## Autres examens

Certains examens biologiques peuvent être utiles dans un contexte particulier. Il s'agit notamment de :

- dosage de la **TSH** en cas de signe clinique d'hypothyroïdie ou d'hyperthyroïdie ;
- recherche d'**anticorps anti-transglutaminase**, pour recherche une maladie céliaque (intolérance au gluten), parfois associée au diabète de type 1 ;
- dosage des peptides natriurétiques (**BNP** ou **NT-proBNP**), dans le cadre du dépistage d'une insuffisance cardiaque, surtout en cas de symptômes (fatigue, essoufflement) ou en dépistage chez les patients obèses ou âgés.

Le tableau ci-dessous synthétise les principaux examens biologiques utiles à la prise en charge d'un patient atteint de diabète :

| * : examens nécessitant d'être à jeun                  | Au diagnostic | À chaque suivi | 1 fois par an |
|--------------------------------------------------------|---------------|----------------|---------------|
| <b>Glycémie*</b>                                       | +             |                |               |
| <b>HbA1c</b>                                           | +             | +              | +             |
| <b>Créatininémie, DFG</b>                              | +             | ±              | +             |
| <b>Ionogramme sanguin</b> si diurétique, IEC ou sartan | +             | ±              | +             |
| <b>Alb/Créat urinaire</b>                              | +             |                | +             |
| <b>Bilan lipidique*</b>                                | +             |                | ±             |
| <b>ASAT, ALAT, Fib4</b>                                | +             |                | +             |
| <b>NFS</b>                                             | +             |                |               |
| <b>Vit B12</b> si metformine                           |               |                | +             |
| <b>Ferritine, coeff saturation*</b>                    | ±             |                |               |

## **Bibliographie :**

American Diabetes Association "Standard of care in diabetes 2026" *Diabetes Care* 2026 ; **49** (suppl 1).

[https://diabetesjournals.org/care/issue/49/Supplement\\_1](https://diabetesjournals.org/care/issue/49/Supplement_1)

Haute Autorité de Santé "Parcours de soins du patient adulte vivant avec un diabète de type 2" 26 juin 2025.